Rok XXXI. Kraków, 17 Grudnia 1892. Nr. 51.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-go Stycznia 1893 rok trzydziesty drugi swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O nowéj metodzie tymczasowego wypiłowania kości krzyżowo-ogonowéj w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy.

Przez

Prof. Rydygiera.

Nie ulega wątpliwości, że tymczasowe wypiłowanie *caeteris paribus* mogłoby mieć znaczne zalety przed zwykle stosowanem dotychczas wypiłowaniem kości krzyżowéj. Przy wszystkich zaletach wypiłowania kości krzyżowéj według Kraske-Hochenegga na niezrównane zasługującego uznanie, zawsze na mnie niemiłe czyniło wrażenie, że po niem tak wielka pozostaje jama, przez którą przechodzi zeszyta po wykonanéj resekcyi odbytnica nie mająca, szczególnie ku tyłowi, najmniejszego oporu. Téj okoliczności, zdaje mi się, należy przedewszystkiem przypisać, że szew jelitowy ku tyłowi tak rzadko trzyma. Więcéj jeszcze nieprzyjemnym dodatkiem jest pozostająca przetoka, dająca się z trudnością mimo zabiegliwych operacyj następowych całkowicie usunąć. O stosunkowo grubą szerokość kości krzyżowéj jelito zostaje przez powstające tu blizny wyciągnięte na zewnątrz, co wywołuje załamanie i znaczne zwężenie jelita, jak to Schlange tak trafnie zauważył. Szczególnie nieprzyjemnie uderzyło mnie to u pacyjenta prywatnego, którego przed więcéj niż 5 laty pierwszy raz a przed rokiem wskutek nawrotu raka odbytnicy operowałem, i który przez prawie 4 lata będąc zdrowym, dostał teraz nawrotu. Najwięcéj dolegliwości sprawiała mu wąziutka bardzo przetoka, przez którą prócz rzadkiego kału wydobywała się zwykle mała tylko ilość śluzu. Mimo operacyj następowych, prowadzących początkowo do wygojenia, przetoka późniéj na nowo się otworzyła, ponieważ właśnie na tem miejscu było zwężenie i załamanie odbytnicy, powiększające się coraz bardziéj w miarę tego, im starsze były blizny na kości. Chociaż usiłowaliśmy za pomocą stoczków temu zapobiedz, pozostawały zawsze trudności w oddawaniu stolca. Czy może właśnie wskutek przeciągłych i długotrwałych drażnień blizny z powodu gromadzącego się i gwałtem przetłoczonego kału nawroty, na tem miejscu szczególnie powstające, nie zostają wywołane, tego na razie nie chcę rozstrzygnąć.

Osłabienia dna miednicy, na którą z innéj strony zwracają uwagę, w moich przypadkach, jak Hochenegg i inni, nie zauważyłem, jednakże możliwości jego w zasadzie zaprzeczyć nie można. Tymczasowa resekcyja może bez zaprzeczenia zapobiedz załamaniu odbytnicy i osłabieniu dna miednicy i tworzenie się przetoki bądźto zupełnie powstrzymać, ponieważ przez przyłożenie wypiłowanéj kości krzyżowéj szwy na tylnéj ścianie otrzymują podporę, bądźto, skoroby szwy mimo to nie miały trzymać, przetoka sama może się zamknąć.

Tymczasowéj resekcyi czyni się ten zarzut, że jako operacyja przedwstępna jest zabiegliwszą, że następnie od-

żywienie rany znacznie utrudnia i zagojenie przedłuża (Hochenegg, Ullmann), że wreszcie przyjść może do odumarcia tymczasowo wypiłowanéj części kości krzyżowéj, prowadzącego do długotrwałego ropienia i zaniku sił chorego (Billroth).

Przy odpowiedniem wykonaniu tymczasowéj resekcyi kości krzyżowo ogonowéj można wymienione niedogodności nietylko pominąć, ale nawet na również tyle korzyści zamienić, do czego dołączają się i zalety, powstające przez pominięcie niekorzyści po zwykłéj resekcyi kości krzyżowéj.

Rozmaite metody tymczasowéj resekcyi zalecali Heincke[1]), Kocher[2]), Levy[3]) i Hegar[4]). Jakim sposobem Billroth w swoim przypadku wykonał tymczasową resekcyję, z protokółów c. k. Towarzystwa lekarzy, umieszczonych w *Wiener klinische Wschrft.* nie wynika. Schlange[5]) operował sposobem podobnym do propozycyi podanéj przez Levego. Heincke i Kocher dzielą kość krzyżową przez połowę odginając ją następnie na obie strony; Kocher przecina kość od cięcia nieco podłużnego, Heincke dodaje przy górnym końcu cięcia podłużnego jeszcze cięcie poprzeczne: prócz tego odsłania Kocher za pomocą odpowiedniéj operacyi przedwstępnéj nerwy w przewodzie kręgowym w celu ochronienia ich przy poprzecznem przecięciu kości krzyżowéj. Levy tworzy płat czworoboczny, odsłaniając go ku dołowi i prowadząc 8—10 ctm. długie poprzeczne cięcie na jeden palec poprzeczny powyżéj *cornua coccygea.* Od obydwóch końców tego cięcia dodaje dwa prostopadłe, również prawie 8 ctm. długie cięcia ku dołowi, drążące przez skórę i całą grubość mięśnia pośladkowego największego. W tych cięciach przecina ku górze kość krzyżową poprzecznie, a na stronach *lig. tuberoso-* i *spinoso-sacra.* Arnd zarzuca téj metodzie, że boczne cięcia przecinają nerwy odbytnicowe (*nervi haemorrhoidal. inf.*) przez co utrzymanie zwieracza, ponieważ jest porażonym, staje się zbyteczne. Schlange stara się temu w ten sposób zapobiedz, że cięcia boczne ku dołowi przecinają tylko skórę, drążąc ku górze zwolna tak głęboko, że tylko dolne włókna mięśnia pośladkowego przyczepiające się do kości krzyżowéj, i *lig. tuberoso-* i *spinoso sacra* zostają przecięte.

Hegar tworzy płat z podstawą ku górze, prowadząc cięcie w kształcie V na części grzbietowéj kości krzyżowéj. ktorego końce, poczynając się o 1 ctm. powyżéj *spinae ilei posterior infer.*, łączą się na końcu kości ogonowéj. Przytem należy baczyć na to. ażeby cięcie prowadzić nieco na zewnątrz od brzegu kości, ponieważ w 2 przypadkach po skurczeniu części miękkich nastąpiła martwina kości ogonowéj. Kość krzyżową należy przepiłować tylko tak dalece, ażeby przy możliwem utrzymaniu okostny, pokrywającéj tylną ścianę kości krzyżowéj, przepiłowaną część odgiąć ku grzbietowi chorego.

W jednym przypadku raka odbytnicy tymczasową resekcyję kości krzyżowéj wykonałem w sposób następujący: Cięcie skórne rozpoczyna się mniéj lub więcéj na wysokości lewéj *spina ilei poster. super.*, które po lewéj stronie kości krzyżowéj prowadzi się skośnie tak ku dołowi, że przebiega na 1 ctm. na zewnątrz od brzegu kości w tym celu, ażeby skóra i po skurczeniu się należycie pokrywała brzeg kostny. Od końca kości ogonowéj przebiega cięcie skórne w linii środkowéj wedle potrzeby ku dołowi. Po skurczeniu się skóry głębsze cięcie ku górze prowadzi się tuż przy kości, przecinając lewe *lig. spinoso-* i *tuberoso sacrum*; ku dołowi cięcia, jak zwykle, sięgają głębiej. Części miękkie na przedniéj stronie kości krzyżowéj odkłada się ku przodowi, przez co dokładnie widzieć można wychodzące nerwy krzyżowe. Następnie poniżéj trzeciego otworu krzyżowego, a więc prawie na dwa palce poprzeczne powyżéj linii łączącéj kość krzyżową z kością ogonową, prowadzi się zwykle od lewéj ku prawéj stronie cięcie poprzeczne poziomo ku pierwszemu cięciu skośnemu. Na téj wysokości i w tym kierunku przecina się poprzecznie kość krzyżową za pomocą dłutka i młotka i to w ten sposób, ażeby po prawéj stronie nerwów wychodzących z otworów krzyżowych nie obrazić. Poczem cały płat trójkątny z łatwością można odgiąć ku prawéj stronie. W przypadkach wyjątkowych, skoroby okazała się potrzeba, możnaby kość krzyżową i powyżéj drugiego otworu przeciąć, co Rose[1]) w kilku przypadkach bez pozostania zaburzeń wykazał. W naszym przypadku obawa o podobne niekorzystne wyniki tem więcéj jest wykluczoną, że po jednéj stronie nerwów wcale nie obrażamy.

Po wycięciu raka odbytnicy i założeniu szwu jelitowego tamponuje się luźno jamę gazą jodoformową, odkładając następnie z lekka pokrywkę bez zaszycia jéj z powrotem; najwyżéj w korzystnych przypadkach możnaby ku górze ranę zaszyć, ku dołowi zostaje rana zawsze otwartą w celu wyprowadzenia gazy jodoformowéj. W moim przypadku dla pewności zostawiłem całą ranę otwartą, a pokrywka zwolna sama się do rany przykładała.

Zalety opisanego co dopiero zabiegu upatruję w następujących punktach: Odumarcie kości, która aż nadto jest odżywiona, jest niewątpliwie i z pewnością wykluczone. Następnie warunki rany co do swobodnego odpływu wydzielin są tak korzystne, jak więcéj tego żądać nie można, w każdym razie nie mniéj korzystne niż po zwykłéj resekcyi. — Operacyja przedwstępna nigdy nie jest tak powikłaną, skoro wykonywamy ją tym sposobem, przeciwnie staje się daleko łatwiejszą niż przy zwykłéj resekcyi. Arnd mógł metodzie Levego zarzucić, że przecina nerwy odbytnicy, przez co następuje porażenie zwieracza, że cięcie, przez mięśnie pośladkowe idące, wywołuje wielki krwotok, że wydzieliny mogą się zatrzymać za płatem odprowadzonym ku gorze płatu. Metodzie zaś Heineke-Kochera możnaby zarzucić trudność wykonania jéj, tudzież utrudniony odpływ wydzielin, a metodzie Hegara obawę odumarcia kości. Wszystkie te zarzuty odpiera metoda przezemnie wykonana, ponieważ cięcie zewnętrzne w ogólności do cięcia Hochenegg-Wölflera podobne z dodatkiem tylko ku górze małego cięcia poprzecznego zabezpiecza wydzielinie z rany dostateczny odpływ. Krwotok jest bez zaprzeczenia mniejszy, ponieważ części miękkich od tylnéj części kości krzyżowéj nie odcinamy, a kość ogonowa zostaje nie wyłuszczoną. Wedle potrzeby

[1]) Heincke: Propozycyja do wycięcia wysoko umiejsowionego raka odbytnicy. *Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 37.— [2]) Arnd: Przyczynek do kazuistyki raka odbytnicy. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 32 Bd., 1 i 2 H. — [3]) Levy: Przyczynek do techniki resekcyi odbytnicy. *Cntrbl. f. Chir.* 1889. Nr. 13. [4]) v. Beck: O osteoplastycznéj resekcyi kości krzyżowo-ogonowéj w celu swobodnego przystępu do wewnętrznych narządów płciowych kobiety. *Dissert. inaugur.* Freiburg i. B. 1889. — [5]) Schlange: O kilku resekcyjach jelita. *Berl. klin. Wschrft.* 1892, Nr. 47.

[1]) Maas: O amputacyi kanału kręgowego w celu wykonania tylnéj laparatomii według prof. Rosego. *Dt. Zeitschr. f. Chir.* 32 Bd., 3 i 4 H.

można kość krzyżową wyżéj wypilować, ponieważ tylko po jednéj stronie przecinamy więzadła i nerwy, nienaruszając wcale drugiéj strony; odgięcie pokrywki jest bardzo łatwe, a przystęp do odbytnicy i narządów miednicy bardzo swobodny.

Co jednakowoż za szczególną zaletę mojéj metody przed innemi uważam, to tę okoliczność, że z cięcia przez części miękkie prowadzonego, próbować można parasakralnéj metody Wölflera, przechodząc następnie w każdéj chwili do tymczasowego wypiłowania kości krzyżowéj, skoroby się okazała potrzeba swobodniejszego przystępu do pola operacyjnego. Samo się przez się rozumie, że cięcie i po prawéj stronie wykonać można odginając płat skórnokostny ku lewéj stronie, skoroby się rozchodzić miało nie o resekcyję raka odbytnicy, ale o operacyję narządów w małéj miednicy.

II. Ze szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Przyczynek do etyjologii raka wodnego.

Podał

Dr. Bronisław Komorowski,

I. sekundaryjusz szpitala św. Ludwika.

Od najdawniejszych czasów, odkąd istnieją opisy raka wodnego, t. j. od czasów Hipokratesa aż do najnowszych, nie zdołano wcale wykazać natury i pochodzenia tegoż. — Według obecnych zapatrywań co do natury zgorzeli policzka, istnieją dwie teoryje, jedna uważa ją za chorobę lokalną infekcyjną wywołaną przy obecności pewnych tworów pasorzytniczych, druga za zwykłą nekrozę, polegającą według Krassiera na zaburzeniach w cyrkulacyi, a według Woronichina, opierającego się na doświadczeniach Magendiego, Samuela, Büttnera i własnych, dokonanych na psach i królikach, na zmianach w zakresie nerwów troficznych. Pierwszy, który uważał raka wodnego za chorobę pasorzytną, był Froriep[1]); wykazał on twory do pilśni podobne jako podstawę téj choroby. Strüch[2]) opisuje również pilśnie, których plasma jest barwy brunatnawo-żółtawéj, jako przyczynę zgorzeli. Ranke[3]) wykazał bardzo liczne bakteryje w częściach otaczających zgorzel, jużto w postaci *diplo-tetra-octa* koków, jużto w formie łańcuszkowéj, lecz kultur nie przeprowadził, a kawałki z ogniska przeszczepione na zwierzęta nie wywołują zgorzeli. Schimmelbusch[4]) wykazał prątki raka wodnego usadawiające się głównie w przestworach limfatycznych i przeprowadzał kultury tychże. Te przeszczepione na zwierzęta, jakoteż same kawałki z ogniska zgorzelinowego szczepione, nie wywołują zgorzeli, tylko co najczęściéj przychodzi do powstawania ropnia. Obserwował on jednak u dwóch kogutów przy szczepieniu podskórnem ograniczoną wielkości fasoli zgorzel z zielonawem zabarwieniem części otaczających, która w przeciągu trzech tygodni zupełnie ustąpiła. Z badań swych wnosi Schimmelbusch, że rak wodny polega na obecności pewnych pasorzytów, a niemożność przeszczepiania na zwierzęta nie jest dowodem obalającym to twierdzenie.

Rak wodny nie jest chorobą samoistną występującą u dzieci zdrowych, lecz jest wynikiem stosownie do ogólnie przyjętych momentów etyjologicznych:

1) istniejących dyskrazyj, jak zołzów, gruźlicy, krzywicy;

2) istniejących chorób ostrych infekcyjnych, jak odra, ospa, szkarlatyna, tyfus, krztusiec itd. lub chronicznych, jak katar kiszek, chera zimnicza, cukrzyca itd.;

3) niekorzystnych wpływów zewnętrznych i wewnętrznych, podkopujących ogólne odżywianie, t. zw. *cahexia pauperum*[1]).

Te wyż wspomniane wpływy stanowią też podstawę i są momentem usposabiającym do nabycia gnilca pleśniawek itd. Tem też daje się wytłomaczyć to ścisłe, wieki trwające połączenie tych kilku zupełnie odrębnych chorób. W szpitalu św. Ludwika w Krakowie w ostatnich 13 latach przypadków zgorzeli policzka, gdyż pojęcie raka wodnego biorę w b. ścisłem znaczeniu i odnoszę li tylko do téj postaci, leczonych było 23. Przebieg kliniczny poszczególnych przypadków nie przedstawił nic szczególnego, dlatego opisywanie ich każdy z osobna uważam za zbyteczne zbyt Czytelników nużącem, ograniczam się więc tylko do zestawienia ich więcéj ogólnego.

Uwzględniając płeć, u któréj częściéj występuje zgorzel policzka, to w naszych przypadkach dotyczyło 7 chłopców (30·43%) i 16 dziewcząt (69·57%), który to stosunek procentowy zgadza się mniéj lub więcéj ze statystykami podanemi przez Gierkego[2]), Woronichina[3]) i Löschnera[4]).

Co do wieku, w jakim rozwinął się rak wodny w przypadkach leczonych w szpitalu św. Ludwika, to było między

	chłopców	dziewcząt
1 a 2 gim r. ż.	—	3
2 „ 3 „	1	2
3 „ 4 „	2	6
4 „ 5 „	3	2
5 „ 6 „	1	2
6 „ 7 „	—	1

Z tablicy dołączonéj wynika, że między 3 a 4 rokiem życia zdarza się największa ilość przypadków. Najstarszy wiek, jak z historyi chorób wynika, w jakim zdarza się zgorzel policzka, jest rok 7 życia, a najmłodszy 15 miesięcy, podczas gdy Billard opisuje przypadek raka wodnego u 9-dniowego dziecka.

Stosunek częstości noma do innych chorób dziecięcego wieku przedstawia niżéj dołączona statystyka, z któréj wynika, że na 458 dzieci chorych, leczonych stale w szpitalu św. Ludwika, przypada 1 rak wodny, — podczas gdy według statystyki Woronichina ze szpitala w Petersburgu przypada 1 na 376 chorych leczonych stale, a 1 na 8635 chorych zgłaszających się ambulatoryjnie do szpitala.

[1]) Dr. Froriep: *Chirurgische Kupfertafeln.* Weimar 1884 Taf. 458 i 459. — [2]) Dr. Struch: *Ueber Noma und deren Pilze. Inaug. Dissert. von Göttingen* 1872. — [3]) Dr. Ranke: *Zur Aetiologie und pathologische Anatomie des Nomatosen Brandes, Jahrb. für Kinderheilkunde.* U. F. B. XXVIII, H. 3, S. 329. — [4]) Dr. Schimmelbusch: *Ein Fall von Noma. Deut. med. Wschrft* Nr. 26, S. 518, 1889.

[1]) Dr. Henoch: *Vorlesungen über Kinderkrankheiten.* 1892. S. 486. — [2]) Dr. Gierke: *Zur Kasuistik der Noma. Jahrb für Kinderheilkunde.* U. F. B. 1868, S. 267. — [3]) Dr. Woronichin: *Ueber Noma nach Beobachtungen im Elisabeth Kinderspital zu St. Petersburg. Iahrbuch für Kinderheilkunde.* U. F. B. XXVI, H. 2, S. 160. — [4]) Dr. Löschner: *Der Brand im Kindesalter. Prager Viertjschrft.* 1847, B. III.

Rok	Ilość dzieci leczonych w szpitalu	Ilość przypadków raka wodnego chłopcy	dziewczęta
1880	693	—	1
1881	766	1	1
1882	584	1	1
1883	770	—	1
1884	880	1	2
1885	950	2	1
1886	722	—	4
1887	765	—	1
1887	761	—	—
1889	773	—	—
1890	1072	1	2
1891	1091	—	—
1892	701	1	1
Do końca września	10528	7	16

Co do częstości chorób, w przebiegu których wystąpiła zgorzel policzka, to procentowo obliczona przedstawia nam dołączona tablica % litera A. Lecz nie wszystkie przypadki raka wodnego po odrze i szkarlatynie odnieść można jako formę wynikłą na tle téj choroby infekcyjnéj, owszem w 4. przypadkach odry (1 chłopiec, 3 dziewczęta), jakoteż w 2. przypadkach szkarlatyny (dwóch chłopców) raczéj przypuścić należy te choroby infekcyjne tylko jako moment usposabiający do powstania raka wodnego w przebiegu wysoko posuniętéj chery zimniczéj. Ostatecznie więc stosunek procentowy co do częstości zgorzeli w stosunku do chorób, w przebiegu których ta wystąpiła, przedstawia tablica % litera B.

Te wyż wspomnione 6 przypadków zgorzeli policzka (4 w przebiegu odry, 2 w przebiegu szkarlatyny), dlatego uważam jako powstałe na tle chery zimniczéj, gdyż w protokółach sekcyjnych z tychże przypadków zanotowane są zmiany malaryczne w postaci złogów barwikowych w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, a w jednym przypadku ograniczały się więcéj do gruczołów kreskowych. Zmiany te stwierdzone na stole sekcyjnym są przekonywającym dowodem, że zimnica była powodem chery, w przebiegu któréj powstała zgorzel policzka, a te choroby infekcyjne mogły być momentem przyspieszającym powstanie tejże.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Śmiechowski (Dorpat): **O znaczeniu megasfer w zarodku kurczęcia.**

Megasfery są to twory, leżące wśród parablastycznych elementów Hisa, które po raz pierwszy opisał Peremieszko, nazwę zaś dał His. Z pomiędzy 21 autorów, którzy twory te widzieli, żaden do dziś nie wyjaśnił istoty ich pochodzenia ani znaczenia. Autor znajdował megasfery zarówno w świeżych jak i utrwalonych zarodkach, nie są więc one wytworami sztucznemi.

Co się tyczy ich budowy, to składają się one z kulek, silnie łamiących światło, ułożonych w szkielecie, posiadającym własność tę w bardzo małym stopniu. Nazwa sfer nie zupełnie dla nich się nadaje, gdyż najczęściej mają postać walcowatą lub elipsoidalną. W miarę rozwoju twory te zmniejszają się. Szkielet składa się z jednorodnej masy protoplazmatycznej, którą jednak trudno jest widzieć przy obrabianiu preparatów w sposób zwykły, ponieważ barwi się on równie silnie barwikami, jak i wewnętrzna zawartość. W preparatach, utrwalonych chlorkiem platyny budowa szkieletu występuje bardzo wyraźnie. Przez wstrząsanie lub silny strumień wody można go częściowo lub nawet całkowicie odosobnić. Jąder nie mógł autor nigdy wykazać, zarówno w kulkach jak i szkielecie. W niektórych kulkach znajdują się żółto-bronzowe punkciki, robiące wrażenie pigmentu.

W jaju niezalęgłem leżą megasfery pod hypoblastem; we wczesnych okresach rozwoju zbierają się one na brzegu zarodka, zaś po wytworzeniu się naczyń układają się w ich bliskości.

Ponieważ twory te okazywały silne powinowactwo do barwików azotowych (kwas pikrynowy, orange, eozyna), autor który robił badania nad powstawaniem hemoglobiny, ta zaś ma wybitną dążność do łączenia się z temi barwikami, sprobował wykonać reakcyję na żelazo. Okazało się, że przed wystąpieniem hemoglobiny w ciałkach krwi, żelazo znajduje się wyłącznie tylko w kulkach megasfer, szkielet zaś reakcyi na żelazo nie daje; po wystąpieniu hemoglobiny w ciałkach krwi otrzymuje się w nich reakcyję, w megasferach zaś staje się słabszą. Wobec tego prawdopodobnie w tworach tych znajduje się substancyja, zwana przez Bungego hematogenem.

W przechodzeniu żelaza z megasfer do ciałek krwi zdaje się pośredniczą komórki środbłonkowe. Co do pochodzenia megasfer autor odpowiedzi stanowczej obecnie jeszcze dać nie może. Mają one pochodzić zarówno z organizmu matki jak ojca. W obec doniosłości ich roli w tworzeniu krwi, rozstrzygnięcie tej kwestyi jest nader pożądane. (*Anatomische Hefte.* 1892. s. 109—128). *L. Kryński.*

Patologija.

Autokratow: **Badanie nad powstawaniem skurczów w tężcu.**

Po zaszczepieniu przyrzutów tężca występują najpierw skurcze miejscowe w okolicy, gdzie szczepienia dokonano, późniéj dopiero zjawiają się skurcze ogólne. Jeśli zaszczepimy przyrzuty te w którąbądź kończynę i następnie zniszczymy tę część rdzenia, z której wychodzą nerwy dla takowéj, skurcze nie występują, natomiast porażenie danéj kończyny. U zwierzęcia, u którego już wystąpiły w całéj pełni skurcze ogólne, możemy je usunąć przez zniszczenie rdzenia pacierzowego. Skurcze tężcowe nie występują w grupach mięśniowych, których nerwy zostały przecięte. Fakty te przemawiają za tem, że jad tężcowy działa na rdzeń pacierzowy w sposób podobny do strychniny. Z drugiéj strony skurcze początkowe, występujące zawsze w okolicy zaszczepienia, częste ograniczenie skurczów do téj połowy ciała, na któréj szczepienia dokonano, oraz ta okoliczność, że w razie zaszczepienia odpowiednio małéj ilości jadu skurcze początkowe nie przechodzą na resztę mięśni, a pozostają umiejscowionemi w okolicy zaszczepienia, przemawiają za działaniem tężca na mięśnie. W celu wyświetlenia téj kwestyi autor dokonał szeregu doświadczeń na świnkach morskich, myszach, szczurach białych, królikach, psach i kurach. Obraz kliniczny skurczów tężcowych jest bardzo zbliżonym do obrazu skurczów spastycznych i dlatego większość badaczy przypuszcza, że skurcze te powstają wskutek podrażnienia komórek przednich rogów rdzenia; komórki te zaś mogą być podrażniane wprost przez istotę trującą lub też drogą odruchu wskutek podrażnienia komórek czuciowych rdzenia, wreszcie mogą skurcze wystąpić po zniesieniu działania hamującego mózgu. Autor postawił sobie następujące pytania: 1) czy jad tężcowy działa wprost na rdzeń? czy ośrodki ruchowe mózgu mają wpływ na wystąpienie skurczów? 2) czy w razie, jeśli działanie na ośrodki mózgowe zostanie wykluczonem, jad działa wprost na komórki ruchowe rdzenia, czy też działanie takowych jest odruchowem?

Doświadczenia były następujące: I. Po przecięciu rdzenia ponad i pod zgrubieniem lędźwiowem dokonano zaszczepienia w kończynę dolną. Wystąpiły najpierw miejscowe, późniéj ogólne skurcze. Po przecięciu zaś rdzenia na wysokości zgrubienia lędźwiowego i zaszczepieniu następowem

w udo, kończyna pozostała porażoną. Doświadczenia te wykonano i w odwrotnym porządku, t. j. najpierw szczepiono, a następnie przecinano lub niszczono odpowiednią część rdzenia. Wyniki były takie same.

II. Po wystąpieniu miejscowych skurczów tężcowych w kończynie dolnéj przecinano *n. cruralis* i *n. ischiadicus;* po przecięciu pierwszego skurcze ustępowały, po przecięciu zaś drugiego skurcze osłabiły się nieco, lecz nie ustąpiły zupełnie.

III. Po wystąpieniu miejscowych skurczów w kończynie dolnéj przecinano odpowiednie korzenie nerwów czuciowych, lub też zarówno nerwów czuciowych, jako też i ruchowych. W jednym i drugim przypadku skurcze ustępowały.

IV. Po wystąpieniu skurczów miejscowych wstrzykiwano podskórnie w kilku miejscach 5% rozczyn kokainy. Po 3—5 minutach skurcze osłabiały się; wkrótce jednak występowały z dawną siłą. Wreszcie podczas skurczów w konczynie dolnéj ściągnięto skórę z takowéj. Operacya ta nie wywarła żadnego wpływu na skurcze.

Na podstawie tych wyników dochodzi autor do wniosku, że w okresie skurczów miejscowych zaatakowanym jest rdzeń pacierzowy, a mianowicie jedynie ta część rdzenia, która odpowiada miejscu, w którem szczepienia dokonano. Jad tężcowy działa drażniąco na nerwy czuciowe obwodowe, te zaś przenoszą działanie to na komórki czuciowe rdzenia; wskutek podrażnienia tych ostatnich następuje podrażnienie odpowiednich komórek ruchowych, z których drogą obwodowych nerwów ruchowych przenosi się działanie jadu na pewną określoną grupę mięśni. Doświadczenia ze wstrzykiwaniem kokainy wykazują, że jad tężcowy działa również na zakończenia nerwów czuciowych, co zresztą wynika i ze zwiększonéj bolesności, występującéj przy uciskaniu mięśni skurczem dotkniętych. Z faktów tych wypływa, że skurcze tężcowe są pochodzenia odruchowego, występują zaś wskutek podrażnienia obwodowych nerwów czuciowych. (*Archives de médicine experimentale et d'anatomie pathologique* I. ser. T. IV. 1892). *Dr. Klecki.*

Chirurgija.

Benno Schmidt: Przyczynek do leczenia operacyjnego raka odbytnicy.

Dawniejsze metody operacyjne raka odbytnicy miały punktem wyjścia międzykrocze, skąd zapomocą cięcia okrawającego otwór stolcowy, dostać się było można ku górze wzdłuż odbytnicy do miejsca siedliska nowotworu. Ponieważ jednak sąsiedztwo części kostnych częstokroć utrudniało zadanie, w nowszych czasach wpadli chirurgowie na myśl (Kocher, Kraske, Bardenheuer), ażeby uzyskać dostęp od tyłu przez wycięcie kości ogonowej i części krzyżowej.

Sposób ten niewątpliwie daje dostęp lepszy i pozwala swobodniej operować w częściach zdrowych, pomimo to, jak przekonał się autor w operowanych przez siebie przypadkach, w połowie następują recydywy. Pomijając to, co zależy wreszcie nie tyle od sposobu operowania, co od samego przypadku chorobowego, „metoda krzyżowa“ ma ważną wadę, występującą przy zabliźnieniu się rany. Ponieważ odcinek górny kiszki prostej łączy się z dolnym za pomocą szwu okrężnego, występuje po zeszyciu zwężenie światła odbytnicy i nagromadzenie kału powyżej; zbierające się coraz w większej ilości masy kałowe z siłą szukają wyjścia i rozrywając zeszytą ścianę, tworzą w rezultacie *anus praeternaturalis* lub przynajmniej przetokę kałową. Dolny odcinek kiszki, jak to widział autor w swoich przypadkach ulega wtedy mocnemu zwężeniu, dochodzącemu niekiedy do zupełnego zamknięcia światła.

Oprócz tego wycięcie części kości krzyżowej w przypadkach autora stanowiło po wygojeniu ważną przeszkodę przy chodzeniu i siedzeniu.

W obec tego we wszystkich przypadkach, gdzie nowotwór rakowy nie jest umiejscowiony bardzo wysoko, autor wraca zawsze do operacyi na międzykroczu. Z pomiędzy znanych tego rodzaju metod używa on najchętniej sposobu Lisfranca, za pomocą którego operować można nawet te przypadki, gdzie rak sięga na 3—5 ctm. powyżej *m. sphincter.*

Jeżeli nowotwór znajduje się nisko i dochodzi aż do otworu zewnętrznego, wtedy odcina autor koniec kiszki okrężnie. Gdzie zaś nowotwor sięga wyżej i nie otacza wokoło ściany odbytnicy, operuje autor w sposób następujący. Po zrobieniu cięcia półkolistego przed lub poza *anus*, stósownie do umiejscowienia nowotworu, oddziela na tępo *rectum* ku górze z przodu względnie z tyłu; doszedszy do górnej granicy nowotworu wprowadza na palcu do odbytnicy jedno ostrze dużych nożyc Cowperowskich i przecina wzdłuż całą ścianę od zewnętrznego otworu aż do tego miejsca, ściąga o ile możności kiszkę ku dołowi i wykrawa całą część ściany zawierającą nowotwór, wracając cięciem znów na brzeg *m. sphincteris.* Niekiedy przy małych nowotworach można nie nacinać tego mięśnia, wtedy jednak nic widzi się wybranego kawałka ściany i kierować się można tylko czuciem palca.

Po wycięciu nowotworu ściąga się kiszkę jaknajniżej i zeszywa górny brzeg utworzonego braku z brzegiem otworu zewnętrznego w miejscu brakującego mięśnia. W ten sposób po zagojeniu się blizna nie ma kierunku poprzecznego, lecz przebiega półkolisto skośnie; z jednej więc strony unika się zwężenia okrężnego kiszki, z drugiej pozostaje względnie niezła *continentio alvi* dzięki pozostałej części m. *sphincteris.* O ile zatem „metoda krzyżowa“ daje lepszy dostęp przy wysoko umiejscowionych rakach i możność doszczętniejszego wycięcia nowotworu, o tyle po dawniejszych sposobach operowania na międzykroczu otrzymujemy o wiele lepsze wyniki funkcyjonalne. (*Deut. Zeitschrift für Chirurgie.* Nr. 34). *L. Kryński.*

Choroby oczne.

Knapp: Przypadek gruźlicy spojówki.

Przypadek gruźlicy spojówki rozpoznany i leczony przez autora, a następnie stwierdzony zarówno badaniem mikroskopowem jak i szczepieniem do przodkowéj komórki oka u 2 królików, nasuwa mu następujące uwagi:

1) Pytanie: *lupus* czy *tuberculosis* jest niewłaściwe, bo jeden i ten sam prątek jest przyczyną obu chorób. Zwykle opisują jako *lupus conjunctivae* te przypadki, w których sprawa chorobowa z zewnętrznej powierzchni powiek przeszła na spojówkę. Przypadek autora przemawia za tem, ze infekcyja spojówki nastąpić też może z nosa drogą kanału noso-łzowego, chory bowiem, o którym wspomina, przebył przed 4 ma laty *lupus nasi.*

2) Pierwotna gruźlica spojówki zdaje się być rzadką. Cesar Amiet na 47 przypadków *tuberc. conj.* widział tylko 8 razy pierwotną gruźlicę, a i z tych jeszcze jeden przypadek należy wykluczyć, bo gruźlicze zmiany pierwéj wystąpiły w naczyniówce. Fuchs przeciwnie utrzymuje, że w Wiedniu, gdzie dość często spotyka się z gruźlicą spojówki, w większości przypadków zmian gruzliczych w innych narządach wykazać nie można. Twierdzi on, że prątki gruźlicze z pyłem dostają się do worka spojówkowego, że drobne cząsteczki tegoż drażniąc mechanicznie spojówkę, sprowadzają małe ubytki przybłonka, przez co otwiera się droga do zakażenia spojówki. Zgodnie z tem twierdzi Valude na podstawie własnych doświadczeń, iż szczepienie gruźlicy w spojówce wtedy tylko się udaje, jeżeli wprowadzi się jad pod błonę śluzową.

3) Rozróżnienie gruźlicy od jaglicy może być nieraz trudne, decydującem tu jest wykazanie prątków gruźliczych.

4) Rokowanie zależy w pierwszym rzędzie od tego, czy gruźlica jest pierwotną, a więc lokalnem tylko cierpieniem spojówki, czy objawem ogólnéj gruźlicy. Jeżeli się nie usunie gruntownie lokalnych zmian gruźliczych w spojówce, wtedy ogólne zakażenie łatwo może nastąpić. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że samoistne wyleczenie lokalnéj gruźlicy w spojówce nastąpić może, jednak jest to rzadką rzeczą. Prócz niebezpieczeństwa, jakie grozi życiu chorego, dotkniętego gruźlicą spojówki, może stać się ona groźną dla samego oka jużto przez zniszczenie powiek, jużteż przez zmiany następowo w rogówce powstające.

5) Leczenie profilaktyczne polega na zniszczeniu doszczętnem wszelkich dostępnych ognisk gruźliczych jak guziczków wilkowych w skórze, wrzodów itp.; leczenie zaś istotne wymaga również usunięcia ze spojówki ogniska chorobowego nożem, łyżeczką lub galwanokauterem, poczem jako leczenie następowe polecają bardzo środki przeciwgnilne, zmywania sublimatem 1:5000 i jodoform.

Kończy swe uwagi autor zestawieniem dość jeszcze dziś szczupłej literatury o gruźlicy spojówki traktującej. — (*Arch. f. Aughlk.* B. XXII, H. 1).

Birnbacher: **Nowy sposób operowania Ptosis congenita.**

Ze wszystkich metod operowania *ptosis congen.* dwie dotychczas za najlepsze uznano, t. j. metody Pagenstechera i Panasa, mają i tak pewne ujemne strony. Pierwsza prowadzi nie rzadko do ektropium, druga pozostawia po sobie skutkiem wytworzenia się fałdów skórnych znaczne zeszpecenie. Nowa metoda, którą autor zaleca, ma tę korzyść, że przy możliwie małem zranieniu skóry przenosząc wprost działanie mięśnia czołowego na chrząstkę powierzchowną za pomocą krótkich silnych pasm tkanki łącznej, pozwala wygodnie podnosić powiekę a oszpecenia nie wywoluje. Operacyję należy wykonywać w następujący sposób: Przez skórę powieki górnej w miejscu odpowiadającem górnemu brzegowi chrząstki prowadzi się cięcie lekko łukowate, wypukłością łuku ku górze zwrócone, a po odpreparowaniu górnego brzegu chrząstki przeprowadza się przez nie trzy silne jedwabne nitki, jednę w środku brzegu górnego chrząstki, dwie z boku w symetrycznej od środkowej odległości (mniej lub więcej 7 ctm,). Każda nitka nawleczona jest na 2 igły, z których jedna służyła do przebicia brzegu chrząstki, a obecnie obie igły każdej z nitek przeprowadza się pod skórę ku górze i wykłuwa, także obok siebie w skórze pokrywającej łuk brwiowy. Środkową pętlę przeprowadza się wprost ku górze, dwie boczne nieco ukośnie ku górze zewnątrz tak, że punkty wykłucia leżą dalej od siebie niż punkty, w których pętle przez chrząstkę zostały przeprowadzone. Po naciągnięciu pętli tak, żeby górna i dolna powieka przy zamknięciu obu zaledwie się tylko brzegami stykały ze sobą, zawiązuje się każdą na osobnym wałeczku z gazy jodoformowej a ranę skórną zeszywa cienkim szwem. Pętle pozostają przez dni 20 do 25 poczem się je oddala i już wtedy widzieć można wyraźnie pod skórą bliznowate postronki w miejscach, gdzie nitki przechodziły. Operacya ta nie pozostawia po sobie żadnych śladów, skóra powieki jest normalnie sfałdowaną a nawet przy podnoszeniu powieki nie widzi różnicy z okiem zdrowem nie operowanem. (*Centrbl. f. prakt. Angenheilh* 1892). *Dr. Langie.*

Choroby uszne.

Kayser (Wrocław): **O słyszeniu podwójnem** (*Diplacusis*).

K. rozróżnia *Dipl. dysharmonica* i *D. echotica.* W pierwszéj podnieta głosowa pojedyncza daje się spostrzegać w obu uszach równocześnie ale jakościowo odmiennie, na chorem uchu jako wyższy lub niższy ton niż w zdrowem. W drugim rodzaju słyszy chory podnietę głosową również podwójnie lecz czasowo każdą odosobnioną a jakościowo równą tak, że chore ucho słyszy jakby odgłos szmeru. Jako przykład przytacza K. chorą, u której przedmiotowo wykazano mierny nieżyt ucha śr. i upośledzenie słuchu. Próba Webera dodatnia na chorém uchu, Rinnego ujemna. Rozmaite szmery słyszała na chorem uchu później i słabiéj niż na zdrowem. Po zatkaniu jednego przewodu usznego słyszenie podwójne ustępowało. Słyszenie podw. dysharmoniczne tłomaczono zgodnie na podstawie teoryi Helmholtza rozstrojeniem narządu strunowego błony podstawowéj, tłómaczenie, które wystarczy tylko wtedy, jeżeli się równocześnie przypuszcza, że prawo energii swoistéj nerwów zmysłowych odnosi się także do każdego zosobna włókna nerwowego kończącego się w pewnym odcinku błony podstawowéj to znaczy, że np. włókno nerw. dla tonu c w jakikolwiek sposób drażniony pośredniczy w powstawaniu wrażenia c, niezależnie od ilości drgań połączonéj z nim części bł. podstawowéj. Tłómaczenie słyszenia podwójnego odgłosowego jest o wiele trudniejszém. Exner i Urbantschitsch wykazali, że podniety głosowe doprowadzone do jednego a późniéj do drugiego ucha czuje się pojedynczo, dopóki różnica czasu jest mniejsza niż 0·06—0·1" co K. na podstawie własnych doświadczeń potwiedza. To opóźnienie odczucia może być zależnem albo od przedłużenia okresu uderzenia tonu, od opóźnionéj recepcyi w narządzie ośrodkowym i od zwolnionego przewodnictwa nerwowego. W obec krótkości n. słuchowego takie zwolnienie musi już być znacznem, aby mogło sprowadzić słyszenie podwójne. K. wspomina jeszcze, że takie zwolnienie przewodnictwa w nerwie słuchowym może odgrywać rolę pewnych okoliczności np. w wiądzie pacierzowym. (*Archiv f. Ohrenheilk. B. 31 H. 2 u. 3*). *Dr. Spira.*

Choroby skórne i kiłowe.

Paltauf (Wiedeń): **Limfatyczne nowotwory skóry** [1].

Na podstawie klinicznego i histologicznego badania zalicza P. następujące choroby skórne do téj grupy: *Mycosis fungoïdes* d'Aliberta, *Lymphodermia perniciosa* Kaposiego, jakoteż zmiany skóry występujące w przebiegu leukemii i pseudoleukemii.

Mycosis fungoïdes jest chorobą przewlekłą, która z początku występuje w postaci *erythema* lub *lichen*, wkrótce jednak charakteryzuje się guzami skóry, różnie licznemi, o różnéj wielkości, podobnemi do jablek rajskich. Choroba ta może trwać długie lata, a niekiedy przychodzi do gwałtownego wzrostu guzów, najczęściéj występuje u mężczyzn między 40—60 rokiem życia. W ogólności rozróżniamy 4 okresy téj choroby. 1-szy okres: ogniska do *erythema* podobne, w obwodzie się rozszerzające i mocno świerzbiące. 2 gi okres: *(stadium infiltrationis)* stałe guzki. 3-ci okres: (*stadium floritionis*) rozrost tych guzów. 4-ty okres: wystąpienie kacheksyi. Cierpienie to kończy się zazwyczaj śmiercią. W nielicznych przypadkach osiągnięto za pomocą arszeniku poprawę a nawet wyleczenie. P. obserwował 3 przypadki, dwa w klinice Kaposiego a jeden w klinice Neumanna. Badanie histologiczne 2 pierwszych przypadków wykazało, że guzy te nie mogą być policzone między tak zwane nowotwory granulacyjne. Bakteryje, mianowicie streptokoki, znaleziono w 3 przypadkach. Guzy w *mycosis fungoides* najwięcéj pod względem budowy swéj podobne są do *lymphosarcoma.*

Lymphodermia Kaposiego jest chorobą do pierwszéj bardzo zbliżoną. Na podstawie badania krwi, śledziony, gruczołów limfatycznych i szpiku kostnego, uważa ją Kaposi za leukemię przebiegającą ze zmianami na skórze. Zmiany na skórze w niczem od *mycosis* się nie różnią.

Co się tyczy zmian skórnych w leukemii i pseudoleukemii, to przedewszystkiem obraz ich zmienia się w miarę zmian podstawowéj choroby organizmu, skutkiem czego nie dają się one obecnie ująć w ramki opisu. (*Wr. med. Woch.* Nr. 41, 1892).

Hoffa (Würzburg): **Przyczynki do anatomii sklerodermatu.**

Przez skleroderma rozumiemy chronicznie przebiegające cierpienie skóry, występujące jużto w postaci rozlanéj lub ograniczonéj i doprowadzające do stwardnienia i zgrubienia zajętéj skóry. Etyjologija téj choroby jest jeszcze ciemną, a badanie anatomiczne nie doprowadziło do jednostajnych wyników. Przeszłego roku zgłosił się do autora mężczyzna dotknięty tą chorobą, która zajmowała skórę całéj wewnętrznej strony uda wzdłuż *vena saphena.* Ponieważ H. uważał zabieg operacyjny za jedynie skuteczny, wyciął część chorą skóry. Badanie anatomiczne wykazało: Przyskórek prawidłowéj grubości; warstwa rogowa przyskórka składała się z kilku warstw komórek płaskich. Warstwa brodawkowa tu i ówdzie wydłużona. Cebulki włosowe, gruczoły potne i łojowe nie przedstawiają żadnych zboczeń, a tylko w tkance łącznéj otaczającéj ujścia gruczołów, znajdował się naciek drobnokomórkowy. Naciek ten obejmował także ściany naczyń brodawkowych. *Corium* składa się w warstwach powierzchownych i głębszych z wiotkiéj tkanki łącznéj. Włókna elastyczne występują odosobnione. *Adventitia* tętnic

[1]) Wykład wygłoszony na zjeździe derm. w Wiedniu 1892.

naciekła w ograniczonych ogniskach, podobnie *media* i *intima*. Pojedyncze włókna komórkami rozdzielone tak, iż rysunek zanikł, wszystkie warstwy są znacznie zgrubiałe, a światło naczyń znacznie zwężone, często zupełnie niedrożne. W tkance podskórnéj tłuszczowéj ów naciek komórkowy jest również dokładnie widoczny. Nerwy nie przedstawiały żadnych zmian anatomicznych. Z opisu tego wynika, że główne zmiany grupują się w naczyniach i koło naczyń, czyli że mamy do czynienia z *peri*, *meso* i *endarteritis fibrosa*. Okres tych zmian jest okresem pierwszym. Z infiltracyi komórkowéj wytwarza się zbita tkanka łączna, która stanowi przyczynę twardości skóry. Bakteryj nie znaleziono. (*Münch. med. Wschrft.* Nr. 35, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby dzieci.

Ehrendorfer (Insbruck): **Zakażenie pępowiny u osesków i jéj leczenie.**

Autor obserwował w klinice położniczéj w Insbruku na 95 zmarłych osesków 16 przypadków zakażenia pępowiny stwierdzonych na stole sekcyjnym; z tych 9 było *arteriitis umbilicalis*, 4 *phlebitis*, a 3 *arteriitis* i *phlebitis*. — Sekcyje osesków zmarłych po 2-im tygodniu życia, wykazywały jako przyczynę śmierci ropnicę, w pierwszéj połowie drugiego tygodnia posocznicę, zapalenie płuc, katar kiszek, a w pierwszym tygodniu wątłość ogólną. Odpadnięcie pępowiny to zwykła zgorzel sucha (mumifikcyja), a jeżeli przychodzi do wydzielenia cieczy ropiastéj, ropnéj lub gnilnéj, to proces ten zaczyna się zawsze w tkance kołonaczyniowéj, które koło tętnicy pępkowéj silniéj jest rozwinięte, następowo przechodzi na ściany tego naczynia i tworzy w nim skrzep. Odpowiednia profilaksa pępowiny, aż do chwili odpadnięcia jéj może uchronić od tak częstéj choroby osesków nader niebezpiecznéj a w samych początkach trudnéj do rozpoznania. Stworzenie warunków korzystnych dla nekrozy suchéj, przy odpowiednem utrzymaniu czystości dziecka za pomocą kąpieli, to pierwszy warunek należytego obchodzenia się z pępowiną, ztąd też owijanie brzuszka oseska i dolnych kończyn grubemi flanelami lub materyjami nieprzemakalnemi jest szkodliwe, bo wilgoć nadmierna skutkiem silnego przeziewu skórnego wobec zmniejszonego dostępu powietrza utrudnia mumifikacyję, a ułatwia powstanie zgorzeli wilgotnéj.

Autor zaleca następujące postępowanie z pępowiną: po wykąpaniu oseska raz lub dwa razy dziennie w czystéj ciepłéj wodzie, należy zostawić pępowinę *in situ*, owinąć ją płatem płóciennym posypanym na stronie przylegającéj do pępowiny zasypką salicylową (*1 acid. salic.* i *5 amyl.*) lub dermatolową (*dermat. amylum āā*) i następnie zwykłą opaską brzuszną owinąwszy, ustalić w położeniu. Nadmierne wykonywanie ruchów pępowiną i układanie je na boki jest szkodliwe, gdyż przez to może pęknąć owodna w pierścieniu pępkowym, nim zacznie usychać pępowina, przez co otwarta brama dla wszelkich zarazków. Jeżeli po odpadnięciu pępowiny wystąpią naokoło rany pępkowéj objawy reakcyi zapalnéj, to po kąpieli należy zapuścić na ranę 1 do 2 kropli 2% rozczynu azotanu srebrowego. Gdy się już rozwija zgorzel wilgotna, to po kąpieli należy obmyć pępowinę rozczynem octanu glinowego, zapuścić 1 do 2 kropli 3—4% rozczynu karbolu, osuszyć i zasypać wyż wspomnianemi zasypkami. Stosowanie jodoformu się nie zaleca, gdyż przez to tylko wessanie produktów rozkładowych staje się więcéj ułatwionem. (*Wiener med. Presse* Nr. 40—42, 1892).

Heubner: **Choroba do gnilca podobna u osesków rachitycznych** (*Morbus Barlowi*).

Autor spostrzegał 4 przypadki téj choroby u osesków w wieku między 12 a 14 miesiącami i zebrał z literatury podobne przypadki jako gnilec lub ostrą krzywicą opisywane. Choroba ta wydarzająca się u osesków rachitycznych przypada prawie zawsze w okresie ząbkowania lub odstawienia od piersi, a objawami charakterystycznemi są brak apetytu, bezsenność, bóle w kościach długich i to w części środkowéj (*diaphysis*) wynaczynionki, krwotoki w częściach głębszych jak mięśniach, tkankach podskórnych, nieregularna gorączka czasem białkomocz. Pierwszy Barlow wykazał, że te bóle podobne do reumatycznych i połączone z niemi upośledzenie ruchów polegają na głębokich wynaczynieniach mięśniowych i podokostnowych, dających nieraz powód do oddzielenia się epipfizy od diafizy. Nietylko zmiany anatomiczne ale i etyologija téj choroby jest wspólna z gnilcem, albowiem przyczyną jéj jest brak świeżego powietrza i niedostateczne pod względem jakościowym odżywienie.

Badania Cheadla wykazały, że choć w proletaryjacie jest ich dużo dzieci obdarzonych krzywicą, to jednak bardzo rzadko zapadają na *morbus Barlowi*, gdyż o wiele wcześniéj dostają pożywienie świeże roślinne (ziemniaki, jarzyny). Leczenie polega na usunięciu przyczyny wywołującéj tę chorobę, a więc na obfitym dopływie świeżego powietrza i podawaniu w dostatecznéj ilości odpowiednéj mieszanéj dyjety, jak mleka, rosołu, jarzyn, wina węgierskiego lub malagi z sokiem tartego mięsa i nieco soku owocowego (jabłkowego) 2—3 łyżeczek. Spełniając te warunki, można razem z odpowiedniem symptomatycznem leczeniem miejscowem bez podawania wewnętrznych środków leczniczych, chorobę tę w krótkim czasie, bo w przeciągu kilku tygodni, zupełnie usunąć. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. XXXIV B. 411, 1892). *Dr. Komorowski.*

Położnictwo.

H. Fehling: **O pęknęciach macicy.**

Na podstawie niżéj opisanego przypadku zbiera autor wiadomości tyczące się pęknięcia macicy. Historya choroby następująca: L. B. żona wyrobnika l. 36, raz porodziła dziecko bardzo małe, wśród silnych bólów w kwietniu 1890 r. Ostatnia ciąża zaznaczyła się tylko w końcu samym bólami zajmującemi uda, krzyże i dolną część brzucha, które zniewoliły ją do pozostania w łóżku przez ostatnie 4 tygodnie. Pierwsze bóle porodowe wystąpiły 24. I. 1892 wieczorem. 25. I. o godz. 3 rano badanie wykazało: Brzuch obwisły, macica zbacza na prawo i sięga dnem na szerokość dłoni pod prawy łuk żebrowy. Grzbiet płodu na lewo, tamże tętno płodowe, główka ruchoma nad wchodem. Podczas badania wewnętrznego pękł pęcherz, poczem ujście się zamknęło, główka została wysoko szwem strzałkowym poprzecznie, ciemię duże po stronie prawéj. Pomiar miednicy wykazał: u osoby 141 ctm. wysokiéj: *spin.* 22 ctm. — *Crist.* 26·5 — *Trochant* 29.5 — *Conj. ext.* 17·5 — *Conj. diag.* 9 — *Conj. v.* 7·5—7·7 ctm. Wzgórek krzyżowéj kości wchodzi kończasto w miednicę, trzon pierwszego kręgu krzyżowego lekko wypukły — mały stopień podwójnego wzgórka krzyżowego. Boczne ściany miednicy dają się łatwo wybadać, cała miednica przedstawia się jako ogólnie ścieśniona, płaska. Wystawanie pierwszego kręgu krzyżowego jest jedynym śladem krzywicy.

Wobec tych warunków postanowiono jeszcze czekać, gdyż płód żył, a główka ruchoma stała za wysoko, aby się kusić o wydobycie jéj kleszczami. O godzinie 10 rano bóle przybrały znacznie na sile, częstości i bolesności, a dyżurny stwierdził podnoszenie się pierścienia skórnego, który już w wysokości pępka przebiegał ukośnie ku górze i stronie lewej, poczem oddalił się na chwilę, aby zatelefonować po asystenta. Powróciwszy zauważył, że bóle ustały, pierścień stał się mniej wyraźnym, wystąpiły wymioty, stan ogólny zły. Z pochwy wydobywa się krew. Przybyły F. wraz z Dr. Zinsstagiem stwierdzili zapad, tętno 100 niezbyt silne, ciepłotę 36·4. Pośladki i części drobne płodu wyraźnie wyczuwalne pod powłokami brzusznemi, od przodu i na prawo od spojenia łonowego guz miękki chełboczący odpowiadał krwi wynaczynionej. Na prawo nad pośladkami płodu, pod łukiem żebrowym miernie twardy guz wielkości pięści odpowiadał wypróżnionej, skurczonej macicy. Główka ustalona we wchodzie, szew strzałkowy blizko spojenia łonowego, ciemię wielkie na prawo, zatem położenie czaszkowe I, ustawienie ciemieniowo tylne. Na podstawie wyniku tego badania rozpoznano pęknięcie macicy i wydobycie się górnej połowy płodu do jamy otrzewnowej.

O godzinie 2,15 przystąpiono do operacyi, którą rozpoczęto w uśpieniu wymóżdżeniem, poczem płód wydobyto,

chociaż barki stawiały opór we wchodzie. Zaraz za płodem wypłynęło z pochwy sporo krwi częścią skrzepłej, częścią płynnéj. Bezpośrednio potem wprowadzona ręka znalazła macicę próżną, dobrze skurczoną, zbaczającą nieco ku stronie lewej, a palec prowadzony po pępowinie wchodzi po przedniej ścianie macicy do jamy otrzewnowéj. Przez pociąganie za pępowinę wydobyto łożysko wraz z błonami, a za niem odpłynęło dosyć dużo krwi i smółki. Teraz stwierdzono, że pęknięcie duże, nieregularne, przebiega w przedniej ścianie macicy od dołu i strony prawej ku górze i lewej i że pękła i otrzewna przedniego zaułka Douglasa. Pęknięcie zatampowano gazą jodoformową i przystąpiono zaraz do otwarcia jamy brzusznéj ze względu na wielkość przedarcia, zanieczyszczenie otrzewnej i ciągłe krwawienie obok niezłego jeszcze stanu chorej. Od pęknięcia upłynęły 4 godzidziny. Po otwarciu jamy otrzewnowéj pokazała się macica dobrze skurczona w dolnej części brzucha, a tak przed nią jak i po za nią, jakoteż między pętlami jelit, sporo krwi, smółki i części mazidła. Aby wszelkie ciała obce usunąć, zebrano je naprzód gąbkami i kompresami mulowemi, poczem wypłukano jamę otrzewnową fizyologicznym rozczynem soli kuchennéj.

Następnie w położeniu Trendelenburga usunięto jelita ku górze i wytoczono macicę przed powłoki brzuszne. Po twierdzono pierwéj rozpoznane pęknięcie, pokazało się jednak, że górny jego koniec sięga aż do przyczepienia się więzu okrągłego i w tem miejscu zajmuje tylko otrzewną i zewnętrzną warstwę mięśnia macicznego. Od tyłu i strony lewéj znaleziono drugie jeszcze pęknięcie, poczynające się tuż obok przyczepu więzu jajnika lewego, a idące ku dołowi przy samym jajniku w wiąz szeroki lewy. Pęknięcie to zajmowało wszystkie warstwy, a brzegi jego w dolnej połowie silnie broczyły.

Z powodu zbyt niskiego położenia pęknięć, nie można było założyć podwiązki elastycznej, zatem operacyi Porry nie robiono, tylko zeszyto obie rany, naprzód tylną, potem przednią szwami zabierającemi wszystkie warstwy. W miejscach, które jeszcze broczyły, założono dodatkowo powierzchowne szwy na błonę surowiczą. Ponieważ w niektórych punktach jeszcze się krew pokazywała i ze względu na zanieczyszczenie smółką jamy otrzewnowéj założono gazę jodoform. od tyłu i strony lewej, okrążając więc szeroki lewy do przedniego fałdu Douglasa, koniec zaś gazy wyprowadzono na zewnątz przez dolny koniec rany w powłokach brzusznych, poczem ją zaszyto i założono opatrunek jodoformowy uciskający. Operacya trwała godzinę. Przebieg po niej zupełnie pomyślny, bo chora wstała w 3 tygodnie zupełnie zdrowa, a w miesiąc opuściła klinikę. Ostatnie badanie wykazało: niezupełne jeszcze zwinięcie macicy, przyrośniętej do dolnego odcinka rany brzusznej, część pochwową bardzo małą z blizną w środku wargi przedniej. W lewem parametryum można wykazać przez sklepienie mały obrzęk, nieco bolesny. Przy sposobności zwraca autor uwagę na możebność pęknięcia samoistnego ściany macicy w trzonie, chociaż temu przeczą nawet z poważnych stron.

Na podstawie tego przypadku rozwiązuje autor 3 pytania nader ważne, szczególniej dla lekarza praktycznego: 1) Jakie są przyczyny, pęknięcia macicy; 2) czy łatwo może lekarz rozpoznać grożące lub już powstałe pęknięcia; 3) jak ma sobie radzić w tych przypadkach? Bandl widzi przyczynę pęknięcia w nadmiernem wyciągnięciu szyi macicy, co Schröder uzupełnia twierdzeniem, że rozciągnięcie szyi i dolnego odcinka macicy stanowi podstawę pęknięcia. W częściach tych pęka ściana macicy poprzecznie lub skośnie, w trzonie zaś podłużnie, zawsze w kierunku odpowiadającym przebiegowi wiązek mięsnych. Położenie pęknięcia bywa różnem, najczęstsze bywa w ścianie przedniej, z której zaś strony, zależy od ustawienia grzbietu i główki płodu. Tłomaczy zaś tem swoje zdanie, że mimo fizyologicznego nachylenia macicy ku przodowi, bywa ona jednak silnie na bok przeciągniętą, gdy istnieje niestosunek porodowy, a główka poprzedza, lub gdy położenie płodu jest poprzecznem, równocześnie zaś zwraca się jednym bokiem ku przodowi, co wywołuje nader silne wyciągnięcie jednéj ściany. Gdy się nadto rozważy, że to naciągnięcie jest zwiększonem albo przez grzbiet, zwrócony ku przodowi, albo przez barki, albo też przez główkę ustawioną nieprawidłowo, jak to miało miejsce w przypadku opisanym, to warunki dla pęknięcia przedniéj ściany macicy są bardzo sprzyjającemi. — Dlatego radzi autor w przypadkach ścieśnienia miednicy, a nieprawidłowego ustawienia główki, wybadania dokładnego w uśpieniu połową ręki ułożenia ciemion, a w razie jakiéjś w niéj nieprawidłowości grożącéj pęknięciem, przywrócenie ustawienia prawidłowego. Zbyt silne bóle, nadużywanie tłoczni brzusznej i wprowadzenie ręki i ramienia do odcinka rozdętego, powiększają niezmiernie niebezpieczeństwo.

Do rzadkości zaś należy, aby stluszczenie ściany macicy, lub ścieńczenie téjże z jakiego bądź powodu, stawało się samo przyczyną pęknięcia, jak n. p. po poprzednich pęknięciach lub cięciu cesarskiem.

Podobnie jak opór pierścienia miednicowego mogą wywołać pęknięcie zwężenia bliznowate pochwy, ale te ostatnie częściéj same pierwej pękają.

Pęknięcia sztuczne zdarzają się najczęściej podczas obrotu, gdy się go wykonywa albo przed rozwarciem ujścia zew., albo gdy już nastąpił skurcz tetaniczny macicy. W tych przypadkach uśpienie przynosi wielką pomoc. Operacyje kleszczowe, lub wydobycie ręczne łożyska pociągają za sobą pęknięcie w nader rzadkich przypadkach. Wogóle lekarz praktyczny może najłatwiej uniknąć tego przykrego powikłania, gdy pamięta dobrze o wszystkich warunkach, jakie towarzyszą trudnemu śródmacicznemu zabiegowi.

Co do pytania drugiego, to o ile łatwem jest rozpoznawanie pęknięcia już dokonanego, o tyle trudniejszem i ważniejszem jest rozpoznanie grożącego.

U wielorodek 7 razy częściej przydarza się pęknięcie, aniżeli u pierwiastek, choćby nawet czas trwania porodu nie był długim. Decydującemi w rozpoznawaniu są: wymiary miednicy i zachowanie się główki płodu, t. j. odległość ciemion, szerokość szwów, twardość, przesuwalność i podatność kości tejże (Müller) z uwzględnieniem siły, ciężkości i działalności bólów. (Dok. nast.).

Choroby umysłowe.

Krypiakiewicz (Lainc): **O wpływie obniżenia się ciśnienia atmosferycznego na umysłowo chorych.**

K. poruszając znaną już rzecz, że jak przypadki samobójstw, tak i przypadki zboczeń umysłowych najczęściej na wiosnę i w jesieni się zdarzają, dodaje własne spostrzeżenia, poczynione w zakładzie prywatnym dla chorych umysłowych w Laincu. Główny wpływ na chorych umysłowych z wszystkich atmosferycznych i kosmicznych czynników, zdaje się mieć obniżenie się ciśnienia atmosferycznego; ile razy bowiem barometr spada, chorzy przedtem spokojni doznają podniecenia, dotknięci niedołęstwem porażennem doznają napadów drgawkowych, chorzy z wstrętem do pokarmów usilniej niż zwykle wzbraniają się przyjmować pokarmu. W jaki sposób wpływa obniżenie się ciśnienia atmosferycznego na ustrój nerwowy, pozostawia K. dla braku jakichkolwiek danych nierostrzygniętem.

Równorzędnie z temi spostrzeżeniami twierdzi K., iż na zasadzie statystycznych zapisków zakładu w Laincu, w porze jesiennej i wiosennej zwiększa się śmiertelność.

Stała ciepłota, n. p. zimno stale się utrzymujące, zapewnia chorym umysłowym zupełny spokój; znaczne gorąca wprawdzie upośledzają sen ale niepokoju niewywołują, jeżli równorzędnie z niemi ciśnienie jest stałem i prawidłowem (760 mm).

Ponieważ doświadczenie pouczyło, iż z chwilą obniżenia się ciśnienia atmosferycznego, pojawiał się niepokój u chorych i stan ich się pogarszał, przeto stosuje się w zakładzie w Laincu w dniach tych znaczniejsze dawki soli bromowych. O skutku tej terapii nie może K. wydać sądu; nie możliwem jest bowiem udowodnienie, czy brom podany spokój chorym zapewnia; albowiem możliwem jest, że i bez

użycia bromu chorzy nie ulegaliby niepokojowi. (*Jahrb. für Psychiatrie* B. XI. H. 3).

Medycyna sądowa.

Herbert W. Page: **Uszkodzenia kolejowe pod względem klinicznym i sądowym.** (*Eisenbahn-Verletzungen in forensicher und Klinischer Beziehung von H. Page. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr. Placzek Assistent der Dr. Oppenheim'schen Nervenpoliklinik.* Berlin, 1892 r. str. 112.

Poważna pod względem treści i zapatrywań autora na temat obrany monografija, nie różni się niczem od wyczerpującéj pracy Oppenheima co do przedstawienia obrazu nerwic urazowych. Natomiast część sądowa, mianowicie rozdziały o symulacyi, agrawacyi i orzeczeniach sądowo lekarskich przynosi niektóre cenne i ważne uwagi.

Autor jest również tego zdania co i Oppenheim, iż symulacyja nerwic urazowych jest trudną i rzadką, natomiast częściej spotyka się w praktyce z agrawacyją, t. j. przesadnem użalaniem się na uszkodzeniem wywołany stan chorobowy. Zresztą przesada w określaniu pojedynczych objawów chorobowych często nie bywa rozmyślną; przesada w tym kierunku stanowi zwykłe piętno obrazu macinnictwa, do którego przecież obraz nerwicy urazowéj jest bardzo zbliżonym.

Co do symulacyi, to wiadomem jest powszechnie, iż zmyślone stany chorobowe mają za podstawę zwykle objawy, które dawniéj chory na sobie zauważał, a obecnie w pamięci jego napowrót odżyły. Możliwem jest jednak, iż istnieje bezwzględna symulacyja, o ile objawy nerwic urazowych, dzięki rozchwyceniu publikacyj w tym kierunku ogłoszonych, jak również dzięki częstym wzmiankom w łamach pism codziennych umieszczonych, zna dokładnie szeroka publiczność, zwłaszcza w Niemczech, Anglii i Francyi. Mimo to jednak sumienne a przedmiotowe badanie lekarskie w każdym przypadku zastosowane, ścisłe uwzględnienie wywiadów co do chorego, przekonanie o jego pozycyi socyalnéj, stanie poprzednim zdrowia, o rodzaju przypadku, jakiemu uległ, o uszkodzeniu pierwotnie odniesionem. wogóle o każdym szczególe zajścia i choroby, będzie w stanie umożliwić rozróżnienie symulanta od istotnie chorego.

Prawie we wszystkich przypadkach obecnych zauważa się ten objaw zasadniczy, iż choroba znacznie zaczyna ustępować od téj chwili, w której poszkodowanemu, w myśl istniejącego prawa o odszkodowaniu, takowe w oznaczonej sumie przyznawanem zostaje. Ze wszech miar prawdopodobnem być się zdaje, iż gdyby nie istniało prawo odszkodowania, wszyscy podobnie chorzy o wiele prędzéj zdrowie osiągnęliby, gdyż wola własna u każdego chorego w kierunku uzyskania jak najrychléj zdrowia wieleby oddziałała

Wobec zaś świadomości chorego, iż odszkodowanie mu słusznie się należy, wola jego mimowiednie nie tylko że w kierunku uzyskania zdrowia nie działa, lecz owszem stara się przebieg choroby rozszerzyć, aby tylko nie utracić zysku z odszkodowania. Objaw ten przeważnie jest wypływem saméj choroby, a nie chęci symulacyi. „Orzeczenie sądowo-lekarskie winno być przedmiotowym wyrazem umiejętnego rozpoznawania, winno być bezstronnem i bez uprzedzenia; nie powinno zawierać prawd połowiczych".

Lekarz sądowy winien mieć na pamięci słowa Clintona, które tenże w formie przestrogi udziela lekarzowi wydającemu sąd swój przed trybunałem: „Znawcę zapytuje się sąd o rzeczy istotne wedle jego zapatrywania. Można od niego zażądać także i zapatrywań jego na rzeczy hypotetyczne z dokładnem umotywowaniem tychże. Zadający pytania często nadużywa prawa swego. Jeźli jednak znawca ma na pamięci godność swego stanu, że jako przyjaciel sprawiedliwości tylko prawdę ma głosić, wówczas sprzeczne i krzyżujące się pytania z drogi prawdy go nie sprowadzą. Z pokojem i godnością odpowie na każde pytanie w słowach prostych i możliwie jasnych. Znawca tego rodzaju nie dozna żadnych wyrzutów sumienia, a poważanie i uznanie ze strony trybunału będzie mu zasłużoną a pewną nagrodą".

Dr. Wachholz.

Notatki lecznicze.

W *Berliner kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892 omawia Dr. Heinz zastósowanie lecznicze dermatolu Otóż *a)* w chirurgii najlepszym okazał się: w świeżych ranach, ranach dawniejszych mało lub nieropiejących i oparzeniach. *b)* w gynekologii; w świeżych ranach np. po laparatomii i plastyce lub w leczeniu np. jam wysiękowych, worków ciąży pozamacicznéj itd. *c)* w dermatologii: na świeże powierzchowne zapalenia np. *Eczema, Intertrigo* (zwłaszcza u dzieci) wrzodach na stopach lub podudziach, *balanitis*, w operacyjach *phimosis*, ni *ulcus molle*, pocenie się nóg. *c)* w chorobach ucha np. w *Otitis externa v. media. d)* w chorobach nosa po wszystkich galwano kaustycznych operacyjach. *e)* w medycynie wewnętrznéj zalecają go gorąco Calasanti i Dutti na wszelkiego rodzaju biegunki np. gruźlicze, durowe, zimnicze, itd., a podają go od 2·00—6·00 dziennie w 4 dawkach. *Dr. Olszewski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 43.
Gość Dr. Władysław Papiewski z Warszawy.

1) Protokół z ostatniego zwyczajnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, że komisyja wodociągowa ukonstytuowała się, obierając przewodniczącym kol. Poniklę, zastępcą przewodniczącego kol. Kwaśnickiego; referat sprawy objął kol. Browicz, następnie że p. prezydent miasta zezwolił komisyi na wglądanie w akta komisyi wodociągowéj miejskiéj.

3) W dalszym ciągu dyskusyi nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym na ostatniem posiedzeniu przez kol. prof. Obalińskiego zauważył kol. prof. Browicz, że jama ta, mająca kształt lejka, była wyścieloną tkanką granulacyjną i błoną pajęczą, treścią zaś jéj było tylko powietrze, gdyż gazy gnilne można wykluczyć na podstawie objawów klinicznych. Powstanie zaś téj jamy tłomaczy sobie w sposób następujący: U kobiety téj, u której na drugi dzień niebyło żadnych objawów ze strony mózgu, przyszło do rozległego obumarcia urazowego tkaniny mózgowéj *(necrosis traumatica)*, następnie w miarę resorbcyi produktów nekrotycznych wciskało się powietrze od zewnątrz przez szczelinę w oponie twardéj, w ten sposób powstała jama tych rozmiarów, jakie zauważono po pierwszy raz w 21 dniu po urazie.

Kol. Pieniążek zgadza się na ten sposób tłomaczenia powstania rzeczonéj jamy, tylko wyklucza uszkodzenie opony twardéj w zakresie rany, przypuszcza natomiast uszkodzenie téjże w bezpośredniem sąsiedztwie zatok kości czołowéj *(sinus frontales)*.

Kol. Obaliński sądzi, że należy przypuszczać istnienie szczeliny w oponie twardéj gdzieś w bezpośredniem otoczeniu rany, gdzie bardzo łatwo odszczep kości mógł takową uszkodzić, szczelina zaś tam umiejscowiona była niedostępną dla oka badającego. Niejasnem jednak zawsze pozostaje to, że przypady mózgowe potęgowały się do zupełnego porażenia aż do chwili nacięcia opony twardéj, w kilka zaś godzin po otwarciu jamy nasilenie porażeń znacznie się zmniejszyło, już na drugi dzień chora odzyskała mowę. Zwraca daléj uwagę na szczegół ten, że po uszkodzeniu mózgu zwykle mózg z rany wypada, powstaje *prolapsus cerebri* dochodzący nieraz wielkości pięści, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie powstaje ropienie; w przedstawionym przypadku mózg nietylko nie wypadł lecz przeciwnie zmniejszył swą objętość, być może, że to zależy od aseptycznego utrzymania rany.

4) Kol. prof. Korczyński imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj działając w myśl uchwały tejże komisyi z dnia 29 października 1892 przedstawia do polecenia jako przetwory lecznicze zupełnie odpowiednie do używania w praktyce lekarskiéj: *a)* Pastylki z węglanem gwajakolowym

wyrabiane przez apt. mag. farm. K. Wiszniewskiego w Krakowie, z których każda zawiera po 0·50 węglanu gwajakolowego z fabryki Haydena w Bodenbach. *b)* Miody lecznicze jak: rebarbarowy, kaskarowy, pepsynowy, chinowy i chinowo-żelazisty, wyrobu apt. mag. farm. K. Wilczyńskiego. *c)* Wodę kreozotową wyrabianą przez aptekarza Dra Jana Siedleckiego, w dwóch gatunkach na wodzie sodowéj z dodatkiem koniaku, ulepku i spirytusu miętowego (mocniejsza zawiera na 900 grm. 0·50, a słabsza 0·25 kreozotu).

Wnioski powyższe Tow. lek. krak. jednogłośnie w uchwałę zmieniło.

Na interpelacyję kol. prof. Rydygiera, czy i w jaki sposób wykonywa kom. przemysłowo-lekarska ciągłą kontrolę nad sposobem wyrabiania przetworów polecanych przez Towarzystwo, a zwłaszcza higienicznéj wody sodowéj pp. Rzący i Chmurskiego, któréj to wody opatrzonéj napisem „Woda higieniczna sodowa wyrabiana pod kontrolą Tow. lek. krak.“ kilka flaszek napotkano z zawartością nie do użycia, —

Kol. prof. Korczyński odpowiadając imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj nadmienia, że woda sodowa K. Rzący wyrabiana na wodzie źródlanéj idealnéj dobroci, właśnie z téj przyczyny poleconą została przez Tow. lek., które na swą komisyę przemysłowo-lekarską nałożyło obowiązek kontrolowania wyrobu tejże wody, że woda ta jest jedyną w Krakowie wodą sodową, którą jako prawdziwie higieniczną polecić można, podczas gdy wszystkie inne wody sodowe warunkowi temu w tym stopniu nie czynią zadość, daléj że z ramienia komisyi przemysłowo-lekarskiéj Proff. Olszewski i Jaworski często kontrolują szczegółowo tak skład chemiczny wody źródlanéj do fabrykacyi używanéj, jakoteż czystość i dobroć wszystkich przyrządów i przyborów do wyrobu wód gazowych służących, wreszcie, że pp. Rząca i Chmurski zastosowali się do wszystkich wskazówek i wymagań komisyi przemysłowo-lekarskiéj i że wyrabiają wszystkie wody gazowe w sposób zupełnie prawidłowy. Że w jednym ze składów aptecznych wydano flaszkę wody sodowéj higienicznéj rozłożonéj, temu według ścisłych dochodzeń, podjętych przez komisyję przemysłowo lekarską, fabryka wcale nie jest winna, tylko właściciel drogueryi, który wbrew własnemu interesowi i przeciw obowiązującym przepisom wydał flaszkę wody, która u niego przez trzy lata pozostawała w nienależytem przechowaniu. Woda ta zachowana w dobréj piwnicy, nawet po 2 latach jest zupełnie czystą i świeżą. Komisyja przemysłowo-lekarska po dokonanym rozbiorze chemicznym i bakteryjologicznym odesłała sprawę tę do prezydenta miasta z wnioskiem o przykładne ukaranie właściciela składu aptecznego za sprzedawanie wody kilkuletniéj nie należycie przechowanéj, a przez to rozłożonéj. Wreszcie kol. prof. Korczyński nadmienia, że jak słusznem jest, aby każdy z członków Towarzystwa lek. stał na straży jego honoru i godności, tak z drugiéj strony godziwą jest rzeczą, aby każdy, mający jakiekolwiek wątpliwości co do przetworów przez Tow. lek. polecanych informował się o właściwym stanie rzeczy najpierw w komisyi przemysłowo-lekarskiéj, zanim sprawę tę na posiedzeniu Tow. lek. poruszy. Przeciwne postępowanie bardzo często szkodę niezasłużoną przynieść może przemysłowi krajowemu w zakresie lecznictwa, a przemysł ten świeżo budzący się wymaga wielkiéj opieki i taktownéj ochrony ze strony lekarzy i Towarzystw lekarskich.

Kol. prof. Rydygier przyznaje, że niewiedział, że komisyja przemysłowo-lekarska wykonywa tak ścisłą kontrolę nad sposobem wyrabiania wody sodowéj przez pp. Rzącę i Chmurskiego i niemiał wcale zamiaru szkodzić takowym, a sądzi, że interesowani powinni mu nawet być wdzięcznymi, gdyż sprawa ich tylko zyskała na tem, że została wyjaśnioną.

Kol. Paszkowski czyni wniosek, aby wyrazić uznanie doniosłego działania komisyi przemysłowo-lekarskiej. Takowy jednomyślnie uchwalono.

Wniosek zaś kol. Zarewicza, aby polecić komisyi przemysłowo-lekarskiéj, aby wpłynęła na pp. Rzącę i Chmurskiego, aby pilnowali tego, ażeby w składach woda ich wyrobu dłużéj nad rok nie zalegała, pozostał jako taki.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 grudnia. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. w dniu 7 grudnia odbytem kol. prezes Ponikło powitał obecnych na posiedzeniu gości prof. Dra Kostaneckiego i Dra Borzęckiego. Kol. Pieniążek przedstawił uszypułkowany nowotwór, który wyciął choremu; nowotwór ten był usadowiony w tyle nasady języczka, zkąd na długiéj szypułce zwisał tak, że dolną część połyku prawie wypełniał i ugniatał nagłośnię ku tyłowi. Kol. Olszewski okazał stethophonometer (wynalazku Bettelheima i Gärtnera), służący do oznaczania nasilenia tonów serca i szmerów oddechowych. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars i Szewczyk. — Kol. Wachholz miał odczyt o samobójstwie wogóle, a w szczególności w Krakowie w ciągu ostatnich lat 12 ze stanowiska sądowo-lekarskiego. — W dyskusyi zabierali głos koll. Borzęcki, Cybulski, Ponikło i prelegent. — Kol. Prezes zamykając posiedzenie oznajmił, iż posiedzenie wyborcze odbędzie się dnia 21 grudnia i zaprosił członków do jaknajliczniejszego udziału. — Dr. Aleksander Rosner złożył na ręce prezesa Tow. kwotę 10 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Przesłano do Tow. lek. gal. we Lwowie.

* Wyszedł z druku zeszyt 15 „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ pod redakcyją prof. Dra Edwarda Korczyńskiego. Zeszyt ten zawiera rozprawę Dra Józefa Bogdanika, prymaryjusza szpitala powszechnego w Białej, p. t. „Antiseptyka i aseptyka“. Autor nadał pracy swéj postać klinicznego wykładu. Rzecz w ten sposób przedstawiona ma formę gładką, do czytania ponętną i niewątpliwie każdy lekarz praktyczny przeczyta ją chętnie i z korzyścią, tembardziéj, że Dr. Bogdanik znany jest jako doświadczony i biegły chirurg i jako autor, którego liczne prace na polu chirurgii praktycznéj cenione są nietylko przez swoich ale i przez obcych.

* Prymaryjusze wraz ze sekundaryjuszami i praktykantami szpitala św. Łazarza, złożyli zamiast wieńca na trumnę śp. kol. Dra W. Borelowskiego 41 złr., przeznaczając je na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Kwotę tę wręczono Prezesowi Tow. lek. celem przesłania jéj do Lwowa.

* W tygodniu 48 ym (od 27 listopada do 3 grudnia) było w Krakowie małżeństw 16, urodzeń 65, skonów 45, z tych było z zapalenia płuc 9, z gruźlicy 4, z dławca i błonicy 4, z ospy 4, z płonicy 2, z odry 1, z duru brzusznego 1, z czerwonki 1, z nieżytu żołądka i jelit 1.

* Na Zgromadzeniu ogólnem członków krakowskiego Towarzystwa Dobroczynności, odbytem dnia 9 b. m., wybranym został na następne sześciolecie jednomyślnie prezesem Towarzystwa Dr. Władysław Ściborowski, stanowisko to od ośmiu lat zajmujący. Członkami Rady w Wydziale zdrowia wybrano: Dra Ludwika Wiszniewskiego (dotychczas. przewodniczącego w Wydziale), Dra Jana Buszka, Dra Franciszka Murdzieńskiego, Dra Stanisława Ponikłę i mag. farm. Fortunata Gralewskiego. Lekarzem zakładu jest Dr. Ignacy Schaitter.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 48: Grosglika: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu (c. d.); Neugebauera: O wskrzeszeniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą Neapolitańską (c. d.). W *Gazecie Lek.* Nr. 49: Jakowskiego: Przyczynek do nauki o bakteryjach ropy błękitnéj (bacc. pyocyaneus); Święcickiego: Torbiel skórzasty jajnika u dziewczyny 13-letniéj; Halperna: Przypadek powikłania rybiéj łuski. — W *Gazecie Lek* Nr. 50: Gabszewicza: Przypadek ropnego zapalenia osierdzia; Jakowskiego: Przyczynek do nauki o bakteryjach błękitnéj ropy (baccillus pyocyaneus) (dok.). — — W *Odczytach klinicznych* IV, Nr. 11: Z. Kramsztyka: Jaskra (glaucoma), Warszawa 1892. — W *Medycynie* Nr. 50: Zapolskiego Downara: Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych z napadem trwającym 19 dni i 8 godz.; Grosglika: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu (dok.); Neugebauera: O wskrzeszeniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą Neapolitańską (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra B. WICHERKIEWICZA: Przyczynek do zranień ścian oczodołowych; Tegoż: Sprawozdanie z kongresu oftalm. w Paryżu 1892 r. — Sprawozdanie z czynności zakładu narodowego imienia Ossolińskiego, we Lwowie 1892, in 8-o str. 64.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21-go grudnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich“ (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne; 2) Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1893.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Halban.

Od Redaktora.

Z powodu licznych zajęć i przez wzgląd na zdrowie nie mogąc nadal pełnić obowiązków redaktora „Przeglądu Lekarskiego“, ustępując tedy z redakcyi po 16 latach mozolnéj pracy, poczytuję sobie za miły obowiązek podziękować serdecznie szanownym kolegom współpracownikom za poparcie, którego mi przez długi szereg lat użyczyli, a dzięki któremu pochlebić sobie mogę, że usilowania moje nie pozostały bezowocnemi. W interesie najstarszego polskiego tygodnika lekarskiego niechaj mi wolno będzie prosić ich, aby życzliwość mnie tak statecznie okazywaną zechcieli odtąd przenieść na mojego następcę.

Kraków 15 grudnia 1892. **Prof. Dr. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.